



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA**

**FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**PROGRAMA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y PENSAMIENTOS AUTOMATICOS  
ENTRE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

**Tesis presentada por el Bachiller**

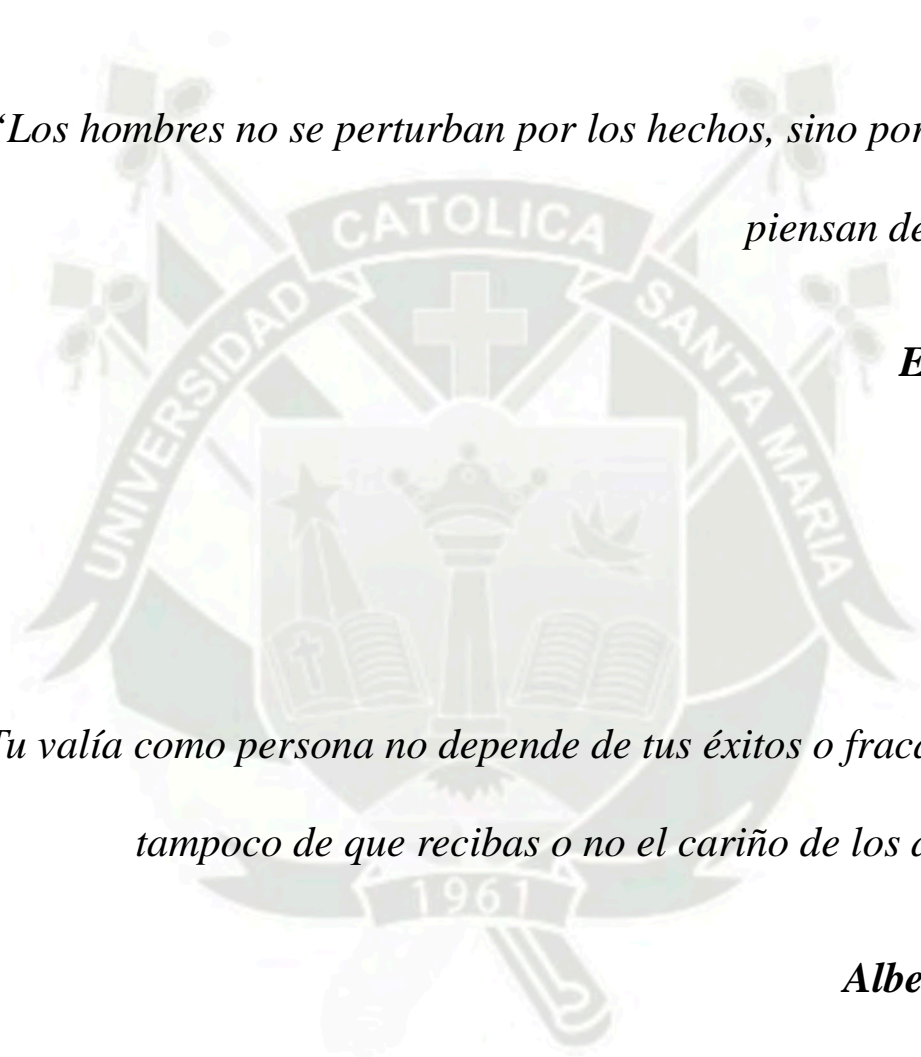
**Andrés Omar Muñoz-Nájar Pacheco**

**Para obtener el Título Profesional de**

**Licenciado en Psicología**

**Arequipa - Perú**

**2014**



*“Los hombres no se perturban por los hechos, sino por lo que  
piensan de ellos”*

***Epícteto***

*“Tu valía como persona no depende de tus éxitos o fracasos, ni  
tampoco de que recibas o no el cariño de los demás”*

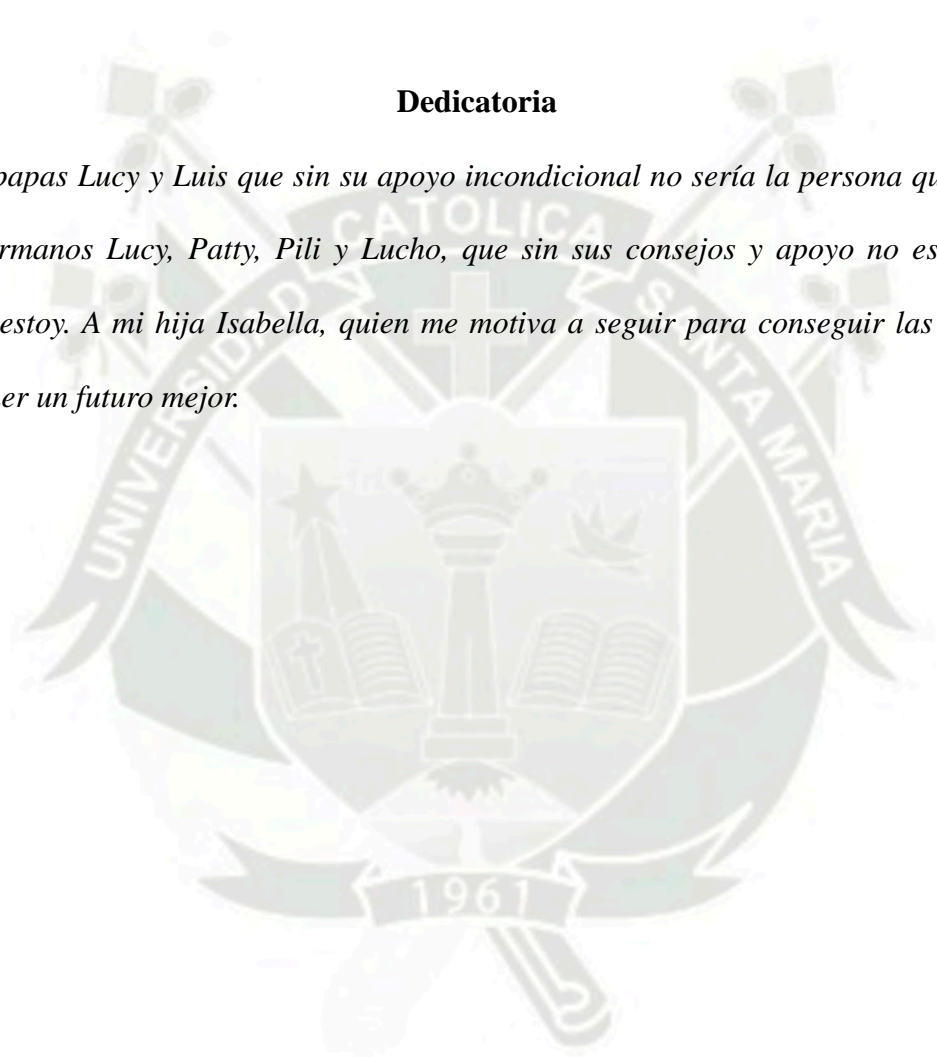
***Albert Ellis***

### **Agradecimiento**

A los doctores Albert Ellis y Aaron T. Beck, dos famosos psicoterapeutas a los que nunca conocí, que sin sus enseñanzas y aportes este proyecto no podría haber sido elaborado. Muchas gracias a la Dra. Susan Roberts, por sus enseñanzas en el salón de clase y su apoyo incondicional y desinteresado que siempre me brinda. A mis amigos Eduardo y Luis Fernando que siempre me apoyan, aconsejan y acompañan en los momentos que más los necesito. Y a Andreita que siempre me motiva y alienta a seguir adelante sin importar las adversidades, para lograr mis sueños y objetivos.

## **Dedicatoria**

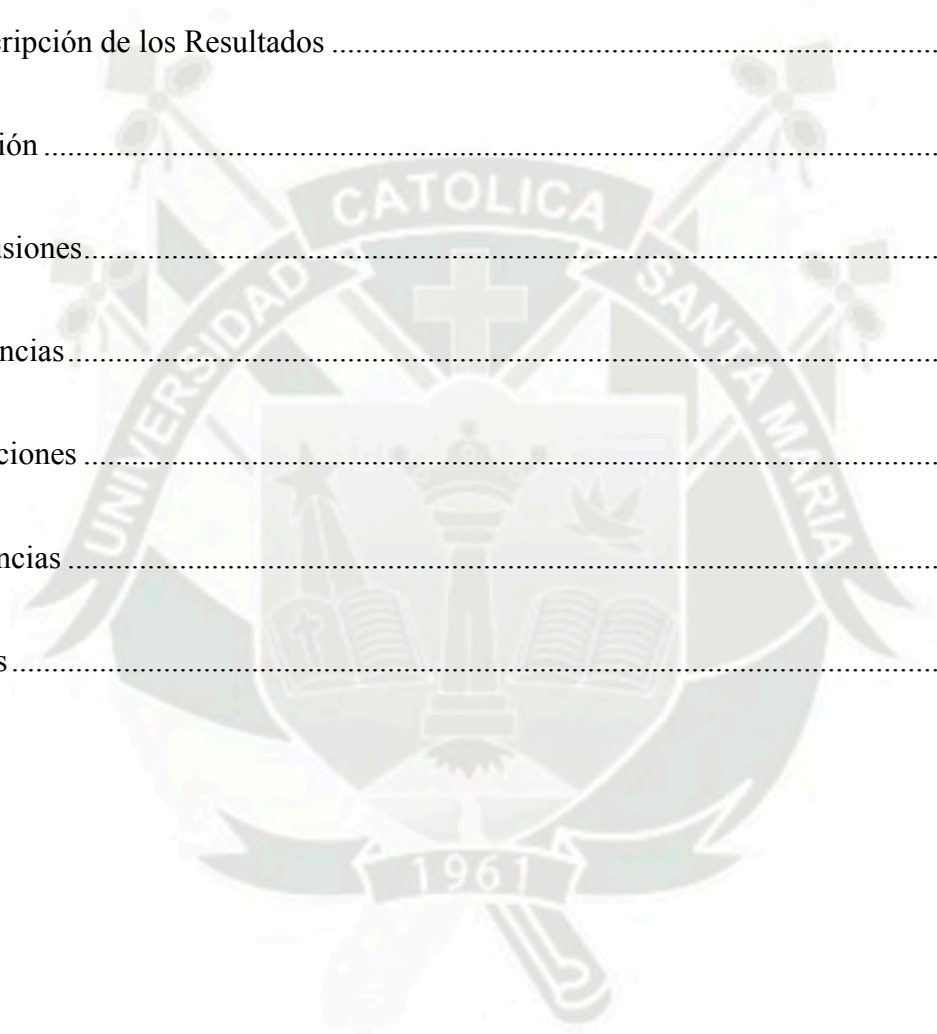
*A mis papas Lucy y Luis que sin su apoyo incondicional no sería la persona que soy. A mis hermanos Lucy, Patty, Pili y Lucho, que sin sus consejos y apoyo no estaría en donde estoy. A mi hija Isabella, quien me motiva a seguir para conseguir las metas y por tener un futuro mejor.*



## Índice

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| Resumen .....                                | 6  |
| Abstract.....                                | 7  |
| Capítulo I .....                             | 8  |
| Marco teórico.....                           | 8  |
| Introducción .....                           | 8  |
| Problema .....                               | 9  |
| Variables.....                               | 9  |
| Interrogantes Secundarias .....              | 10 |
| Objetivos .....                              | 11 |
| Objetivo General .....                       | 11 |
| Objetivos Secundarios .....                  | 11 |
| Antecedentes Teóricos - Investigativos ..... | 11 |
| Hipótesis .....                              | 21 |
| Hipótesis de Investigación .....             | 21 |
| Hipótesis Secundarias .....                  | 21 |
| Capítulo II.....                             | 22 |
| Diseño metodológico.....                     | 22 |
| Tipo de Investigación.....                   | 22 |
| Técnica e instrumento .....                  | 22 |
| Población y Muestra.....                     | 25 |
| Procedimiento .....                          | 26 |

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Recolección de Datos.....           | 27 |
| Análisis Estadístico .....          | 27 |
| Capítulo III .....                  | 29 |
| Resultados.....                     | 29 |
| Descripción de los Resultados ..... | 29 |
| Discusión .....                     | 36 |
| Conclusiones.....                   | 40 |
| Sugerencias.....                    | 41 |
| Limitaciones .....                  | 42 |
| Referencias .....                   | 43 |
| Anexos .....                        | 48 |



## Resumen

Se exploró la diferencia entre los niveles de ansiedad, depresión y pensamientos automáticos entre estudiantes hombres y mujeres del segundo año, de la Universidad Católica de Santa María. También se analizó la correlación entre pensamientos automáticos con ansiedad y depresión, respectivamente. La muestra incluyó a 548 estudiantes (hombres = 242; mujeres = 306), entre 17 y 23 años, de ocho programas profesionales representantes de las cuatro áreas de estudios de la universidad. Los estudiantes fueron evaluados con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para medir niveles de la ansiedad y la depresión, y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos, versión 30 (ATQ-30) para medir frecuencia de los pensamientos automáticos. Los resultados indican que no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres en cuanto a los niveles de ansiedad, depresión o frecuencia de los pensamientos automáticos ( $p \geq 0.05$ ). Se indica también que la edad y el área de estudios no son factores que median en la presencia de la ansiedad, depresión y pensamientos automáticos ( $p \geq 0.05$ ). Se demuestra una alta significancia en la relación entre pensamientos automáticos y ansiedad ( $p < 0.01$ ) y pensamientos automáticos y depresión ( $p < 0.001$ ). Esto indica que la ansiedad y la depresión se presentan en ambos sexos sin diferencias; y que los aspectos cognitivos están más relacionados a la psicopatología afectiva, que los factores externos o biológicos.

**Palabras Clave:** ansiedad, depresión, pensamientos automáticos, HADS, ATQ-30



### Abstract

This study explored the difference in anxiety, depression and automatic thoughts, between male and female students of second year, at the Catholic University of Santa Maria. It also analyzed the correlation between automatic thoughts and anxiety and depression, respectively. Study sample included 548 undergraduate students (male = 242; female = 306), between the ages of 17- and 23-years, of eight study programs which represent four university's study areas. Students were assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to measure levels of anxiety and depression, and the Automatic Thought Questionnaire, 30-item (ATQ-30) to measure automatic thoughts. Results indicate no significant differences between sex and anxiety, depression and automatic thoughts ( $p \geq 0.05$ ). It also indicates age and study area are not factors which mediate the presence of anxiety, depression or automatic thoughts ( $p \geq 0.05$ ). A highly significant correlation between automatic thoughts and anxiety ( $p < 0.01$ ) and automatic thoughts and depression ( $p < 0.001$ ) was found. This indicates that anxiety and depression are present in both sexes without difference, and also cognitive aspects have a stronger correlation with affective psychopathology, than external or biological aspects.

**Key Words:** anxiety, depression, automatic thoughts, HADS, ATQ-30



## **Capítulo I**

### **Marco teórico**

#### **Introducción**

Actualmente se puede observar que los estudiantes universitarios, constantemente expuestos a situaciones de estrés, presentan signos de ansiedad y depresión, siendo los signos ansiosos pensamientos de preocupación, aprehensión emocional, inquietud motora y ansiedad psíquica o tensión interna y siendo los signos depresivos el estado de ánimo decaído, pensamientos negativos y especialmente pérdida de la respuesta del placer (Snaith y Taylor, 1985). En ambos casos los pensamientos negativos rumiantes tienen un rol muy importante según la teoría cognitiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Clark y Beck, 2010).

La aparición de estos signos se da en la adolescencia temprana y a lo largo de la juventud de las personas, siendo las mujeres más propensas a presentar desórdenes internalizados, como son la ansiedad y la depresión por factores internos y externos (Dobson, 2012; Rosenfield y Mouzon, 2013).

Tanto la ansiedad como la depresión se pueden presentar en situaciones con o sin carga de estrés aparentes, haciendo que estas condiciones estén presentes en los estudiantes universitarios de forma permanente por factores individuales (Matud, Díaz, Aguilera, Rodríguez y Matud, 2003). La explicación del inicio y mantenimiento de estas condiciones se debe a que las personas tienden a tener un patrón de pensamientos disfuncionales que activan y mantienen a la ansiedad y la depresión (Lega, Caballo, Ellis, 1997), haciendo que los pensamientos automáticos tengan un rol importante para

el desarrollo y mantenimiento de dichas condiciones afectivas (Beck et al., 1979). Sin embargo, los pensamientos pesimistas no solo deben estar presentes para desarrollar la ansiedad o la depresión, sino que también debe existir un patrón de creencias dogmáticas, exageradas, absolutistas y grandiosas, para que una persona presente depresión o ansiedad (Lega et al., 1997).

El propósito principal del presente trabajo de investigación es determinar y comparar la ansiedad y depresión de los estudiantes universitarios varones y mujeres, y posteriormente relacionar los pensamientos automáticos con la ansiedad y depresión respectivamente, logrando manejar datos actuales, que servirán para futuras investigaciones.

### **Problema**

¿Existirán diferencias entre los estudiantes varones y mujeres de la Universidad Católica de Santa María (UCSM) en ansiedad, depresión y pensamientos automáticos?

### **Variables**

#### *Variable 1*

Estudiantes varones y mujeres.

#### *Definición Operacional*

Es la característica biológica que diferencia al hombre de la mujer, siendo categorizada en masculino y femenino (Crooks y Baur, 2010).

*Variable 2*

Ansiedad.

*Definición Operacional*

Son síntomas de preocupación constante, aprehensión emocional, inquietud motora y ansiedad psíquica, reportados en una puntuación igual o mayor a 11 (Snaith y Taylor, 1985).

Depresión

*Definición Operacional*

Estado emocional predominado por el ánimo decaído prolongado y pérdida de la respuesta al placer, reportados en una puntuación igual o mayor a 11 (Snaith y Taylor, 1985).

*Variable Moderadora*

Pensamientos Automáticos

*Definición Operacional*

Son pensamientos disfuncionales significativos para la persona, en donde a más puntaje se obtenga mayor frecuencia de pensamientos automáticos habrá (Hollon y Kendall, 1980).

**Interrogantes Secundarias**

- ¿Existirán diferencias entre los estudiantes de las distintas áreas de estudios

en ansiedad, depresión y pensamientos automáticos?

- ¿Existirá relación entre los pensamientos automáticos, la ansiedad y la depresión respectivamente?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Estudiar las diferencias entre el sexo de los estudiantes de la Universidad Católica de Santa María respecto a los niveles de ansiedad, depresión y pensamientos automáticos.

### **Objetivos Secundarios**

- 1) Comparar en los estudiantes de las distintas áreas de estudio, los niveles de ansiedad, depresión y de pensamientos automáticos.
- 2) Relacionar los pensamientos automáticos con el nivel de ansiedad y depresión respectivamente.

### **Antecedentes Teóricos - Investigativos**

La *ansiedad* tiene numerosas definiciones, pero en general puede ser entendida como un conjunto de pensamientos de preocupación, aprehensión emocional, inquietud motora y ansiedad psíquica o tensión interna que perturba a las personas (Snaith y Taylor, 1985). La ansiedad, es la reacción desproporcionada ante un estímulo que signifique peligro para la persona, caracterizado por un conjunto de síntomas, tanto fisiológicos y cognitivos, que producen intranquilidad, aceleración del ritmo cardiaco, sudoración, etc. (American Psychiatric Association, 2013; Sue, Sue y Sue, 2010). Todas

estas reacciones se activan ante situaciones o eventos que la persona anticipa que serán riesgosos o son percibidos como impredecibles, incontrolables o que podrían dañar los intereses de un individuo (Clark y Beck, 2010).

En un modelo integrado, se observa la teoría de la triple vulnerabilidad, que dice que hay un conjunto de vulnerabilidad biológica generalizada, una vulnerabilidad psicológica generalizada y vulnerabilidad psicológica específica, que son las que influyen en una cada persona de una forma distinta, con el resultado que es un trastorno de ansiedad (Barlow y Durand, 2012).

La vulnerabilidad biológica está representada por la herencia genética, viendo que las personas con trastornos específicos de ansiedad tienen antecedentes familiares con la misma condición, en la vulnerabilidad psicológica generalizada se presenta como la incapacidad del individuo a afrontar los eventos negativos incontrolables impredecibles y esta sensación de incontrolabilidad se asocia a la respuesta emocional negativa, la vulnerabilidad psicológica específica está definida como el foco de la ansiedad del individuo hacia un objeto o evento específico (Barlow, 2002). Los sujetos con este trastorno tienen dificultades para controlar esos sentimientos de preocupación, en conjunto con dificultad para concentrarse, inquietud, irritabilidad, tensión muscular, variaciones en el patrón del sueño y fatiga precoz (APA, 2013).

Para Snaith y Taylor (1985) la *depresión* es el estado emocional predominado por el ánimo decaído, pensamientos negativos y especialmente pérdida de la respuesta del placer, anhedonia. La depresión está caracterizada por un estado de ánimo decaído por un periodo prolongado de tiempo, conteniendo cambios o alteraciones fisiológicas, conductuales, cognitivas, sociales, interpersonales y ocupacionales, dividiéndola en tres niveles (leve, moderada, grave), y también siendo definido como un episodio único o



una depresión crónica (APA, 2013).

Para Sue et al. (2010) la depresión se puede subdividir en cuatro aspectos; afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico; en el aspecto afectivo, el síntoma más visible es el notable estado de ánimo decaído y anhedonia, en el aspecto cognitivo se puede ver las creencias profundas de minusvalía, inutilidad, desesperanza y desaprobación, en el aspecto conductual se ve altamente alterado, puesto que las personas deprimidas tienden a aislarse, perder interés en su aspecto personal, evitar situaciones sociales, entre otras y en el aspecto fisiológico se ve el cambio en los patrones de sueño, cambio del apetito, junto con aumento o disminución del peso, aversión al contacto sexual, etc.

Así, Beck et al. (1979) describieron a la depresión como el resultado de un patrón de pensamientos disfuncionales, llamado *triada cognitiva de la depresión*. La triada cognitiva se divide en pensamientos negativos hacia uno mismo (soy una mala persona), hacia los otros (nadie me quiere) y hacia el futuro (nunca me voy a recuperar). Esta triada proviene de lo que Beck et al. (1979) llaman errores cognitivos, que son errores del procesamiento de la información que percibimos del mundo y, a su vez, estos errores cognitivos provienen de los llamados esquemas cognitivos latentes, los cuales se desarrollan a lo largo de la niñez y se consolidan en la adultez temprana.

Los *pensamientos automáticos* son conclusiones o supuestos que las personas tienen constantemente, evaluando las situaciones negativas que vive esa persona en esos momentos (Beck et al, 1979; Beck, 2000; Clark y Beck, 2010). Beck et al. (1979) postulan que los pensamientos automáticos negativos son el resultado de las distorsiones cognitivas, las cuales a su vez están integradas en los esquemas cognitivos latentes. Estos esquemas cognitivos se forman en la infancia de las personas, llegando a



consolidarse en la adolescencia y juventud (Beck, 2000).

Estos pensamientos automáticos son distintos a las creencias centrales (Beck, 2000) o de las creencias irracionales de Ellis (Lega et al, 1997), que son pensamientos inconscientes en la persona. Mientras que los pensamientos automáticos son pensamientos más conscientes (Beck et al, 1979). En las investigaciones en terapia cognitiva, especialmente en los estudios de la depresión, se comprobó el postulado sobre los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, haciendo que las cogniciones jueguen un rol importante en la psicopatología y en su tratamiento (Beck, 2000; DeRubeis et al., 1990; Persons, Davidson y Tompkins, 2000).

Posteriormente a la inicial terapia cognitiva de la depresión (Beck et al, 1979) se trabajó el modelo cognitivo en diversos desórdenes mentales como en la ansiedad postulando, al igual que en la depresión, que los pensamientos automáticos influían en la etiología, mantenimiento y tratamiento de los trastornos de ansiedad (Clark y Beck, 2010).

Así, Barlow y Durand (2012) describieron que las influencias biológicas, sociales, conductuales, emocionales y cognitivas, precipitan los desórdenes mentales, haciendo que sea improbable identificar exactamente qué es lo que causa la ansiedad y la depresión en las personas. En 2010, Parker y Brotchie, exploraron las posibles causas de la diferenciación de la depresión en hombres y mujeres, resultando que existe una vulnerabilidad biológica, como las hormonas sexuales, el sistema límbico, entre otros sistemas biológicos, los que influyen en que las mujeres presenten mayores niveles de depresión. De esta forma se observa que los factores biológicos y psicólogos son los que influyen en la aparición de los trastornos emocionales (Barlow, 2002; Barlow y Durand, 2012). Sin embargo, para Nabeshima (2013) los factores ambientales juegan un papel

más importante en el desarrollo de la depresión, diciendo que la predisposición genética a los desórdenes mentales no implica que la persona vaya a desarrollar un desorden mental.

En los ensayos clínicos de terapia cognitiva, los resultados demuestran que la intervención que busca modificar los pensamientos automáticos y esquemas subyacentes (Beck, 2000), tienen buenos resultados a largo plazo, siendo más efectiva que los tratamientos farmacológicos, lo que implica que los pensamientos automáticos juegan un rol importante dentro de la psicopatología afectiva, como lo son la ansiedad y la depresión (Chambless y Gillis, 1993; DeRubeis et al., 1990; Dobson et al., 2008; Hollon et al., 2005).

Hollon y Kendall (1980) revisaron que en las mediciones de ansiedad y depresión, asociadas a los pensamientos automáticos, no había diferencias entre las medias de los varones y de las mujeres. Esto nos muestra que las cogniciones juegan un rol moderador en ambas condiciones afectivas (Beck et al., 1979; Clark y Beck, 2010).

Goldberg y Hillier (1979) definieron que los principales indicadores de alteración mental eran la ansiedad y la depresión. En la actualidad los principales signos de alteración mental siguen siendo la ansiedad y depresión, presentándose estos principalmente en los estudiantes universitarios, en donde se presenta una diferencia significativa entre mujeres y hombres ( $\chi^2 = 5.777$ ;  $p = .016$ ) siendo las mujeres quienes presentan los mayores niveles de estas condiciones (Gutiérrez y Portillo, 2013). Esto puede deberse a que los estudiantes universitarios presentan situaciones estresantes durante los estudios, haciendo que sean más propensos a la ansiedad y la depresión (Balanza, Morales y Guerrero, 2009; Henry, De las Cuevas, Rodríguez, García-Estrada y González de Rivera, 1989; Riveros, Hernández y Rivera, 2007).

Mayormente estos signos empiezan a presentarse en los adolescentes, por ser una etapa de la vida en la que las personas empiezan a vivir los cambios de ambiente y socialización. Empezando primeramente, en la adolescencia temprana, las mujeres empiezan a presentar mayores índices de desórdenes internalizados, a comparación de los hombres (Rosenfield y Mouzon, 2013). Principalmente en esa etapa es cuando la psicopatología se empieza a diferenciar por sexo, siendo las mujeres más propensas a presentar ansiedad y depresión, mientras que los varones presentan más agresión y consumo de sustancias (Dobson, 2012), manteniéndose estas condiciones a lo largo de la adolescencia y juventud temprana. A su vez en numerosos estudios sobre la psicopatología, especialmente en la población universitaria, se puede observar que la ansiedad y la depresión tienen mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres (Balanza et al., 2009; Henry et al., 1989; Riveros et al., 2007). A su vez, McLean, Asnaani, Litz y Hofmann (2011), reportaron que la prevalencia de los trastornos de ansiedad es mayor en las mujeres que en los hombres, a lo largo de la vida.

En las investigaciones sobre psicopatología afectiva en estudiantes universitarios, se encuentra que la ansiedad y la depresión son condiciones afectivas de mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres (Balanza et al., 2009; Henry, et al., 1989; Riveros et al., 2007). Es común que también en los manuales y textos universitarios se encuentre que la prevalencia de la psicopatología está diferenciada por el sexo, diciendo que la mayor prevalencia de ciertos desórdenes mentales se presentan en las mujeres, como la ansiedad y la depresión (APA, 2013; Barlow y Durand, 2012; Clark y Beck, 2010; Dobson, 2012; Sue et al., 2010).

En 2012, Pérez et al., estudiaron los problemas de salud mental, en los estudiantes de primer año de una universidad de Chile, entre los que estaban la ansiedad

y la depresión. Los resultados de este estudio fueron que las mujeres presentaron mayor sintomatología ansiosa que los hombres ( $p < .01$ ). De igual manera, las mujeres presentaron mayor nivel de sintomatología depresiva que los hombres ( $p < .001$ ) y Riveros et al. (2007) en un estudio en Lima observaron los mismos resultados. Esto corrobora que el sexo tiene un rol importante en la psicopatología. Como se muestra en los estudios de Henry et al. (1989), Matud et al. (2003), y Dávila et al. (2011), en distintas situaciones y contextos culturales las mujeres presentaban mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva.

Pero, en el estudio de Matud et al. (2003), se encontró que solo la ansiedad era mayor en mujeres que en hombres ( $M = 7.00$ ;  $p < .01$ ) y que la depresión se presentaba sin diferencia significativa en ambos sexos ( $M = 2.75$ ;  $p > .05$ ).

En un estudio de salud mental en Canadá, realizado por el National College Health Association-National College Health Assessment II (2013), se observó que el 18.3% de las estudiantes mujeres reportaron haber tenido depresión y el 22.5% reportaron haber tenido ansiedad en los últimos 12 meses. El 15.6% de estudiantes varones reportaron haber tenido depresión y el 18.5% reportaron haber tenido ansiedad en los últimos 12 meses. Tanto la ansiedad como la depresión se presentan mayormente en las mujeres que en los hombres (Balanza et al., 2009; Barlow y Durand, 2012; Clark y Beck, 2010; Henry et al., 1989; McLean et al., 2011; Riveros et al., 2007; Sue et al., 2010), pero esto solo se ve en la condición propiamente dicha, puesto que los síntomas, mantenimiento, proceso y tratamiento no difieren entre género (APA, 2013).

Los estudios sobre ansiedad y depresión se han llevado a cabo en numerosos ambientes y condiciones, como el estudio de Cabrera, Sánchez y Bravo (2009) donde se estudiaron ambas condiciones en los estudiantes de medicina, resultando que los



estudiantes de medicina comunitaria presentaban altos niveles de ansiedad y depresión, presentando las mujeres los mayores niveles de ansiedad y depresión. Asimismo en el estudio de Matud et al. (2003) se comprobó que el género es una variable relevante en la presencia de la sintomatología ansiosa y depresiva. A su vez el género no solo es relevante en la presencia de la ansiedad y la depresión, puesto que también intervienen las condiciones académicas y sociofamiliares, haciendo que las mujeres que estudian carreras jurídicas o empresariales tengan mayor riesgo de presentar altos niveles de ansiedad ( $\chi^2 = 31.80$ ;  $p < .001$ ) y depresión ( $\chi^2 = 25.573$ ;  $p < .001$ ) (Balanza et al., 2009).

Mientras que, para la American Psychiatric Association (2013) las consideraciones culturales en ambas condiciones se refieren a la predominancia, aparición y mantenimiento de los síntomas ansiosos y depresivos, pero las mujeres siguen presentando mayor ansiedad y depresión que los varones. Como señalan Clark y Beck (2010) la ansiedad no se presenta por un solo factor, sino se presenta por un conjunto de aspectos cognitivos, activados por situaciones adversas que facilitan la aparición de esta condición. Asimismo, Beck et al. (1979) argumentan que la depresión se presenta por el conjunto de patrones de pensamiento disfuncionales, activados por situaciones negativas, lo que lleva a una persona a padecer esta condición.

En un estudio longitudinal realizado en la carrera de odontología en la Universidad de Chile por Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo (2011) se observó que en el pretest el 41.7% de las estudiantes mujeres presentaban ansiedad, mientras que el 31.4% de estudiantes varones presentaban ansiedad. Con respecto a la depresión en el pretest el 10.3% de estudiantes mujeres presentaban esta condición y solo el 4.2% de varones presentó depresión. En el posttest los porcentajes de casos se incrementaron en ambos

géneros, pero manteniendo la misma diferencia. El porcentaje de estudiantes mujeres para ansiedad fue del 54.2% y en depresión fue del 12.3%, mientras que en los estudiantes varones fue de 34% de casos con ansiedad y 6.4% de casos con depresión.

Para Henry et al. (1989) los estudiantes de medicina del Distrito de La Laguna, España, presentan mayor ansiedad y depresión que las demás carreras, haciendo que exista un factor ambiental importante al momento de diagnosticar las alteraciones de ansiedad y depresión. Flores, Jiménez, Pérez, Ramírez y Vega (2007), realizaron un estudio en México, en donde los niveles de ansiedad y depresión entre estudiantes varones y mujeres no presentan diferencia estadísticamente significativa ( $p > .05$ ), pero si mostraban que las mujeres presentaban mayores puntajes en ansiedad y depresión que los varones.

Mientras que en un estudio epidemiológico en salud mental en los Andes Peruanos, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2003), se encontraron que las mujeres presentan mayores porcentajes de ansiedad y de depresión (4.1%; 8.7%), que los hombres (2.1%; 5.7%).

Lo que nos lleva de vuelta a la conclusión de Barlow y Durand (2012) que es improbable determinar específicamente que factor activa a la ansiedad y a la depresión. Es por eso que se le da mayor importancia a los componentes cognitivos de ambas condiciones (Beck et al., 1979; Beck, 2000; Chambless y Gillis, 1993; Clark y Beck, 2010; DeRubeis et al., 1990; Dobson et al., 2008; Hollon et al., 2005). Según Beck et al. (1979), Lega et al. (1997), Beck (2000) y Clark y Beck (2010), las personas no presentan ansiedad o depresión por lo que suceda alrededor, sino por lo que piensan sobre las situaciones que les aquejan, presentando un patrón rígido de creencias exageradas, catastróficas y demandantes.



En vista que la literatura apunta a que la mujer presenta mayores niveles de ansiedad y depresión, sin importar la cultura (APA, 2013) se puede mencionar que los factores biológicos (Barlow y Durand, 2012; Barlow, 2002; Parker y Brotchie, 2010) y sobre todo los psicológicos (Barlow y Durand, 2012; Barlow, 2002; Beck et al., 1979, Clark y Beck, 2010) son los que predominan en la aparición y mantenimiento de los síntomas de la ansiedad y la depresión.



## **Hipótesis**

### **Hipótesis de Investigación**

**H<sub>1</sub>:** Las estudiantes mujeres de la Universidad Católica de Santa María (UCSM) presentan mayores niveles de ansiedad, depresión y pensamientos automáticos, que los estudiantes varones.

### **Hipótesis Secundarias**

**H<sub>1</sub>:** Los estudiantes varones y mujeres del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María (UCSM) presentan mayores niveles de ansiedad, depresión y pensamientos automáticos que los estudiantes de las otras tres áreas de estudio.

**H<sub>2</sub>:** Existe relación positiva entre los pensamientos automáticos negativos y el nivel de ansiedad y depresión respectivamente.

## Capítulo II

### Diseño metodológico

#### Tipo de Investigación

El presente estudio es una investigación no experimental, del tipo descriptivo (Salkind, 1999), puesto que busca describir las características ya existentes en la población universitaria con respecto los niveles de ansiedad, depresión y pensamientos automáticos. El propósito de la investigación descriptiva es, recoger la información sobre los fenómenos que se dan en un ambiente en específico (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

A su vez el estudio es una investigación no experimental correlacional (Salkind, 1999), porque examina la relación entre los pensamientos automáticos y los niveles de ansiedad y depresión respectivamente. El propósito de dicho tipo de investigación es establecer relaciones entre las variables estudiadas sin precisar causalidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

#### Técnica e instrumento

La técnica que se utilizó para esta investigación fue la encuesta.

Los instrumentos que se utilizaron el *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) y el *Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-30)*. En ambos instrumentos se les adicionó los datos demográficos, como sexo, edad, fecha y programa profesional, para determinar su área de estudios.

El HADS es utilizado para medir los síntomas de la ansiedad y la depresión en

pacientes hospitalizados y pacientes de consulta externa, sin definir la gravedad de los desórdenes, como también ayuda a identificar y manejar los desórdenes emocionales en los hospitales. Fue creado para poder realizar tamizajes en los servicios de atención primaria, por la cantidad de pacientes que eran atendidos por síntomas somáticos causados por problemas emocionales (Zigmond y Snaith, 1983). Este instrumento se puntúa en una escala Likert de 0 a 3 y consta de 14 ítems, siendo los ítems impares sobre ansiedad (HADS-A) y los ítems pares sobre depresión (HADS-D). Los puntajes del HADS van de un rango de 0 a 21.

La interpretación que se utilizó en este estudio fue la sugerida por los creadores de la escala (Zigmond y Snaith, 1983), los cuales establecieron como puntos de corte 0 – 7 presenta normalidad, 8 – 10 presenta caso probable y 11 – 21 caso de ansiedad o depresión. Para obtener estos puntos de corte se suman los puntajes de cada ítem.

En la validación y adaptación del HADS en Colombia, realizada por Rico, Restrepo y Molina (2005, citado por Vinaccia et al., 2005), se presentó un alfa de Cronbach de .85. Mientras que en una revisión de la literatura de su validez, Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann (2002), concluyeron el alfa de Cronbach del HADS-A es de .83 y del HADS-D es de .82. Esto lo hace un instrumento confiable y válido para identificar el distrés emocional (Martínez et al., 2012) y poder identificar diferentes aspectos de los desórdenes afectivos en las personas (De las Cuevas, García-Estrada y González de la Rivera, 1995).

El ATQ-30, fue creado por Hollon y Kendall en 1980, originalmente para ser utilizado como un autorreporte para evaluar e identificar los pensamientos automáticos de los pacientes deprimidos y en sujetos no deprimidos. A su vez el cuestionario también se puede utilizar como una medida dentro del cambio cognitivo asociado a

intervenciones clínicas como en investigaciones experimentales controladas (Hollon y Kendall, 1980).

El ATQ-30 consta de 30 ítems puntuados en una escala Likert de 5 puntos (0 a 4), siendo 0 si el pensamiento nunca se produce, 1 si el pensamiento se produce a veces, 2 si el pensamiento se produce moderadamente a menudo, 3 si el pensamiento se produce a menudo y 4 si el pensamiento se produce todo el tiempo, siendo el puntaje mínimo 0 y el puntaje máximo 120 (Hollon y Kendall, 1980). La interpretación sugerida por los autores, es que mientras mayor puntaje en el cuestionario, el sujeto tendrá mayor indicador de pensamientos automáticos (Hollon y Kendall, 1980). No hay puntos de corte establecidos para el ATQ-30.

El ATQ-30 en sus estudios de validación muestra ser un instrumento válido y confiable para identificar el nivel de pensamientos disfuncionales negativos que una persona puede estar presentando (Hollon y Kendall, 1980; Hollon, Kendall y Lumry, 1986). El ATQ-30 presenta un coeficiente alfa de Cronbach de .96 y un coeficiente de validez por mitades de .97, haciéndola una prueba válida para medir los niveles de pensamientos disfuncionales negativos de las personas con y sin depresión (Hollon y Kendall, 1980).

El ATQ-30 a su vez presenta una correlación alta con medidas de depresión y una medida de ansiedad, siendo estas el Beck Depression Inventory (BDI), la escala D del MMPI y la escala Ansiedad Rasgo del IDARE (Hollon y Kendall, 1980). Las correlaciones entre el ATQ-30 y las medidas de depresión van en un rango de  $r = .60$  a  $.78$  y la correlación entre el ATQ-30 y la medida de ansiedad rasgo es de  $r = .79$ , haciendo que se pueda utilizar como un instrumento para identificar el nivel de pensamientos que influyen el síndrome de la psicopatología afectiva de la ansiedad y la



depresión (Hollon y Kendall, 1980).

El ATQ-30 es un buen descriptor de las cogniciones asociadas a la depresión en específico, a comparación de otros instrumentos que parecen medir cogniciones asociadas a la psicopatología en general (Hollon, Kendall y Lumry, 1986). El ATQ-30, como lo explican Hollon y Kendall (1980) es un descriptor de pensamientos disfuncionales negativos en personas con depresión y no tiene valor predictivo de recaídas (Hollon y Kendall, 1980).

### **Población y Muestra**

En la Universidad Católica de Santa María (UCSM), existen cuatro áreas de estudios en pregrado, donde el número total estudiantes es de 11113. Los estudiantes están divididos en ciencias de la salud, ciencias sociales, ciencias e ingenierías y ciencias jurídico-empresariales. Se sorteó que la población fuera el segundo año de todos los programas profesionales de las cuatro áreas de estudios. En el segundo año hay un total de 2953 estudiantes. Se seleccionaron por sorteo dos programas profesionales de cada área, siendo realizado en presencia del asesor estadístico Xavier Sacca Urday.

Los programas profesionales sorteados para el estudio fueron psicología y comunicación social, representando al área de ciencias sociales, medicina humana y enfermería, representando al área de ciencias de la salud, derecho e ingeniería comercial, representando al área de ciencias jurídico-empresariales, e ingeniería de sistemas e ingeniería civil, representando al área de ciencias e ingenierías. Por cada programa profesional se decidió seleccionar a todos los estudiantes del segundo año, que reúnan los criterios de inclusión.



### *Criterios de inclusión*

Ser estudiante de 17 a 23 años que haya estado presente en el momento de la aplicación y que haya deseado participar en el estudio podía ser parte de la investigación.

### *Criterios de exclusión*

Estudiantes que no hayan estado presentes, que llenaron mal o a medias los cuestionarios aplicados y que no quisieron participar, no fueron considerados en la muestra final.

Se aplicaron 563 cuestionarios, de los cuales 15 no fueron considerados por haber llenado a medias los cuestionarios. La muestra final fue conformada por 548 estudiantes, 306 estudiantes mujeres (55,8%) y 242 estudiantes varones (44,2%). Se dividió la muestra en dos grupos de edades siendo el primero grupo de 17 a 20 años y el segundo grupo de 21 a 23 años. El primer grupo de edad fue conformado por 487 participantes (88,9%) y el segundo grupo por 61 participantes (11,1%). Los participantes fueron estudiantes de las cuatro áreas de estudios de la Universidad Católica de Santa María, siendo 59 estudiantes de ciencias de la salud (10,8%), 80 de ciencias sociales (14,6%), 157 de ciencias e ingenierías (28,6%) y 252 de ciencias jurídicas-empresariales (46%).

### **Procedimiento**

La recolección de los datos se llevó a cabo en todas las aulas de segundo año de los programas profesionales de psicología, comunicación social, medicina humana, enfermería, derecho, ingeniería de sistemas e ingeniería civil, con la autorización del

docente a cargo, para poder ingresar al aula. Se solicitó la colaboración a los estudiantes para aplicar los cuestionarios. Al finalizar se agradeció y se recogieron los cuestionarios.

### **Recolección de Datos**

Se dieron las indicaciones correspondientes para el llenado de los cuestionarios y se respondieron las dudas pertinentes para la correcta aplicación. Tuvieron un tiempo aproximado de 15 minutos para poder completarlos. Los datos se recolectaron durante el mes abril del año 2014 y corrigieron posteriormente.

### **Análisis Estadístico**

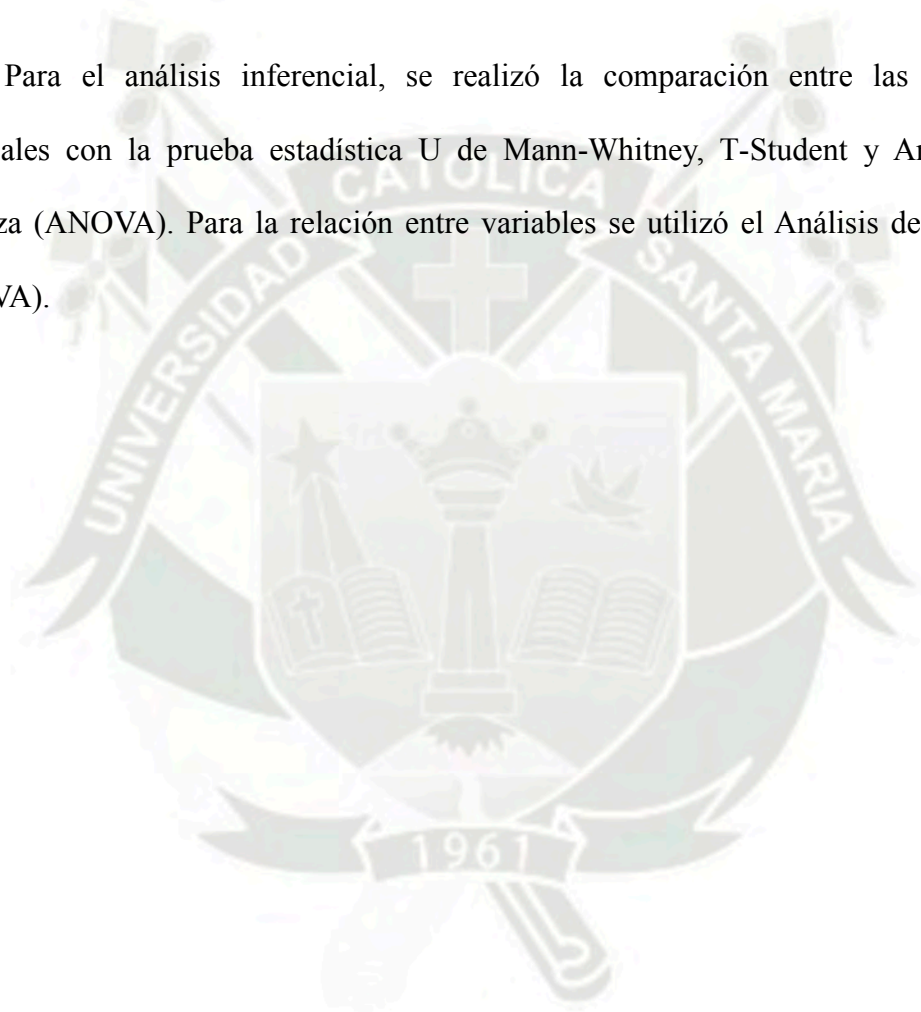
La variable sexo se analizó como categórica, siendo sus categorías masculino y femenino. Las variables de ansiedad y depresión se observaron como ordinales, teniendo como puntaje mínimo 0 y puntaje máximo 21, los cuales se tradujeron en las categorías normalidad, caso probable y caso de ansiedad o depresión. Estos puntajes se obtuvieron de la suma de cada ítem de las subescalas respectivas, siendo los puntajes ingresados a una plantilla en Microsoft Excel en donde cambiaron por los puntajes brutos para resultar en los puntajes correspondientes. Para ingresar las respuestas a la plantilla en Microsoft Excel, se colocó 1, 2, 3 o 4 según sea la respuesta marcada. La plantilla convirtió los puntajes de la prueba, y hará los cambios en los ítems inversos, haciendo la suma automática por subescala.

La variable pensamientos automáticos negativos se analizó como escalar, teniendo como puntaje mínimo 0 y máximo 120. Estos puntajes totales se obtuvieron de la suma de los puntajes de cada ítem.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo en el Paquete Estadístico EPI INFO

v. 6.0. Las variables sexo, ansiedad, depresión y área de estudios se describieron por frecuencias absolutas, siendo el número de participantes, y frecuencias relativas, siendo el porcentaje de participantes varones y mujeres. La variable pensamientos automáticos negativos fue descrita con medidas de tendencia central, como la media, y con medidas de dispersión, como lo son la desviación estándar, valor mínimo, valor y máximo.

Para el análisis inferencial, se realizó la comparación entre las variables principales con la prueba estadística U de Mann-Whitney, T-Student y Análisis de Varianza (ANOVA). Para la relación entre variables se utilizó el Análisis de Varianza (ANOVA).



### Capítulo III

#### Resultados

##### Descripción de los Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en este estudio. Se elaboraron tablas verticales describiendo los resultados generales obtenidos por los participantes, la comparación entre las variables principales y la relación entre las variables principales y la variable moderadora.

**Tabla 1**  
*Categorías de Ansiedad*

| <b>Ansiedad</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|-----------------|-----------|----------|
| Normalidad      | 266       | 48,5     |
| Caso Probable   | 182       | 33,2     |
| Caso Ansiedad   | 100       | 18,3     |
| Total           | 548       | 100.0    |

En la Tabla 1 se observa que la mayor cantidad de participantes presentan normalidad, pero en conjunto los participantes ubicados como caso probable y caso de ansiedad superan a los participantes que presentan normalidad. Esto nos indica que en general el 51,5% de participantes presentan síntomas de ansiedad.

**Tabla 2**  
*Categorías de Depresión*

| <b>Depresión</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|------------------|-----------|----------|
| Normalidad       | 447       | 81,6     |
| Caso Probable    | 85        | 15,5     |
| Caso Depresión   | 16        | 2,9      |
| Total            | 548       | 100.0    |

Se muestra, en la Tabla 2, que al igual que en la ansiedad, la mayoría de los participantes reportaron normalidad. Mientras que los casos de depresión están por debajo de los casos reportados de ansiedad. Se observa que un número reducido de participantes tienen síntomas depresivos significativos.

**Tabla 3**  
*Pensamientos Automáticos*

| <b>Pensamientos Automáticos</b> | <b>Valores</b> |
|---------------------------------|----------------|
| <i>M</i>                        | 30,07          |
| <i>DE</i>                       | 18,76          |
| Valor Mínimo                    | 0              |
| Valor Máximo                    | 104            |
| Total                           | 548            |

En la Tabla 3 se nota que la media de los pensamientos automáticos es baja, mostrando que los participantes del estudio tienen un nivel bajo en la frecuencia de los

pensamientos automáticos.

**Tabla 4**  
*Comparación por Sexo*

| Factores                        | Sexo     |       |           |       |
|---------------------------------|----------|-------|-----------|-------|
|                                 | Femenino |       | Masculino |       |
|                                 | Nº       | %     | Nº        | %     |
| <b>Ansiedad</b>                 |          |       |           |       |
| Normalidad                      | 145      | 47,4  | 121       | 50,0  |
| Caso Probable                   | 105      | 34,3  | 77        | 31,8  |
| Caso Ansiedad                   | 56       | 18,3  | 44        | 18,2  |
| P                               | 0,801*   |       |           |       |
| <b>Depresión</b>                |          |       |           |       |
| Normalidad                      | 255      | 83,3  | 192       | 79,3  |
| Caso Probable                   | 45       | 14,7  | 40        | 16,6  |
| Caso Depresión                  | 6        | 2,0   | 10        | 4,1   |
| P                               | 0,255*   |       |           |       |
| <b>Pensamientos Automáticos</b> |          |       |           |       |
| <i>M</i>                        | 29,52    |       | 30,77     |       |
| <i>DE</i>                       | 17,76    |       | 19,97     |       |
| Valor Mínimo                    | 0        |       | 0         |       |
| Valor Máximo                    | 102      |       | 104       |       |
| P                               | 0,442*   |       |           |       |
| Total                           | 306      | 100,0 | 242       | 100,0 |

\*  $p \geq 0,05$

En la Tabla 4 se registra la comparación por sexo de las variables ansiedad, depresión y pensamientos automáticos, en donde se muestra que no existen diferencias significativas entre estudiantes varones y mujeres. Se puede observar que los estudiantes varones tienden a tener mayores puntajes en depresión y que las estudiantes mujeres tienden a tener mayores puntajes de ansiedad. Sin embargo, estas diferencias no



son estadísticamente significativas. A su vez se puede observar que los estudiantes varones presentan una media mayor a las estudiantes mujeres en pensamientos automáticos, observando la misma tendencia que en la depresión.

**Tabla 5**  
*Comparación por Edad*

| Factores                        | Edad         |       |              |       |
|---------------------------------|--------------|-------|--------------|-------|
|                                 | 17 a 20 años |       | 21 a 23 años |       |
|                                 | Nº           | %     | Nº           | %     |
| <b>Ansiedad</b>                 |              |       |              |       |
| Normalidad                      | 230          | 47,2  | 36           | 59,0  |
| Caso Probable                   | 164          | 33,7  | 18           | 29,5  |
| Caso Ansiedad                   | 93           | 19,1  | 7            | 11,5  |
| P                               | 0,169 *      |       |              |       |
| <b>Depresión</b>                |              |       |              |       |
| Normalidad                      | 398          | 81,7  | 49           | 80,3  |
| Caso Probable                   | 75           | 15,4  | 10           | 16,4  |
| Caso Depresión                  | 14           | 2,9   | 2            | 3,3   |
| P                               | 0,962 *      |       |              |       |
| <b>Pensamientos Automáticos</b> |              |       |              |       |
| <i>M</i>                        | 30,38        |       | 27,62        |       |
| <i>DE</i>                       | 18,62        |       | 19,85        |       |
| Valor Mínimo                    | 0            |       | 2            |       |
| Valor Máximo                    | 104          |       | 99           |       |
| P                               | 0,279 *      |       |              |       |
| Total                           | 487          | 100,0 | 61           | 100,0 |

\*  $p \geq 0,05$

En la Tabla 5 se muestra la comparación de la ansiedad, depresión y pensamientos automáticos entre dos grupos de edad divididos para el estudio, en donde se observa que no existen diferencias significativas entre las edades. En este caso los

estudiantes de 17 a 20 años tienden a presentar un porcentaje mayor de ansiedad y pensamientos automáticos, mientras que los estudiantes de 21 a 23 años tienden a presentar mayor porcentaje en depresión.

**Tabla 6**  
*Comparación por Área de Estudios*

| Factores                        | Área de Estudio |       |          |       |             |       |                              |       |
|---------------------------------|-----------------|-------|----------|-------|-------------|-------|------------------------------|-------|
|                                 | Salud           |       | Sociales |       | Ingenierías |       | Jurídicas -<br>Empresariales |       |
|                                 | Nº              | %     | Nº       | %     | Nº          | %     | Nº                           | %     |
| <b>Ansiedad</b>                 |                 |       |          |       |             |       |                              |       |
| Normalidad                      | 28              | 47,5  | 38       | 47,5  | 71          | 45,2  | 129                          | 51,2  |
| Caso Probable                   | 19              | 32,2  | 23       | 28,8  | 58          | 36,9  | 82                           | 32,5  |
| Caso Ansiedad                   | 12              | 20,3  | 19       | 23,8  | 28          | 17,8  | 41                           | 16,3  |
| P                               | 0,681 *         |       |          |       |             |       |                              |       |
| <b>Depresión</b>                |                 |       |          |       |             |       |                              |       |
| Normalidad                      | 48              | 81,4  | 66       | 82,5  | 126         | 80,3  | 207                          | 82,1  |
| Caso Probable                   | 10              | 16,9  | 13       | 16,3  | 27          | 17,2  | 35                           | 13,9  |
| Caso Depresión                  | 1               | 1,7   | 1        | 1,3   | 4           | 2,5   | 10                           | 4,0   |
| P                               | 0,813 *         |       |          |       |             |       |                              |       |
| <b>Pensamientos Automáticos</b> |                 |       |          |       |             |       |                              |       |
| <i>M</i>                        | 27,52           |       | 32,53    |       | 29,39       |       | 30,32                        |       |
| <i>DE</i>                       | 17,70           |       | 17,88    |       | 18,35       |       | 19,51                        |       |
| Valor Mínimo                    | 2               |       | 5        |       | 0           |       | 0                            |       |
| Valor Máximo                    | 83              |       | 85       |       | 89          |       | 104                          |       |
| P                               | 0,438 *         |       |          |       |             |       |                              |       |
| Total                           | 59              | 100,0 | 80       | 100,0 | 157         | 100,0 | 252                          | 100,0 |

\*  $p \geq 0,05$

En la Tabla 6 se examina la comparación de la ansiedad, depresión y pensamientos automáticos por área de estudios, mostrando que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de las distintas áreas de estudios.

También se puede observar que los estudiantes de las cuatro áreas de estudios de la UCSM presentan mayor porcentaje de ansiedad que de depresión.

**Tabla 7**  
*Relación entre Ansiedad y Pensamientos Automáticos*

| Ansiedad      | Pensamientos Automáticos |           |              |              |
|---------------|--------------------------|-----------|--------------|--------------|
|               | <i>M</i>                 | <i>DE</i> | Valor Mínimo | Valor Máximo |
| Normalidad    | 21,96                    | 13,74     | 0            | 92           |
| Caso Probable | 32,83                    | 16,92     | 2            | 100          |
| Caso Ansiedad | 46,63                    | 21,18     | 6            | 104          |

$F = 0,005; p < 0.01$

En la Tabla 7 se nota la relación entre la ansiedad y los pensamientos automáticos, en la cual se observa que si existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y los pensamientos automáticos. Se observa que a más pensamientos automáticos se presenta un mayor nivel de ansiedad, lo que sugiere que los pensamientos automáticos moderan a la ansiedad.

**Tabla 8**  
*Relación entre Depresión y Pensamientos Automáticos*

| Depresión      | Pensamientos Automáticos |           |              |              |
|----------------|--------------------------|-----------|--------------|--------------|
|                | <i>M</i>                 | <i>DE</i> | Valor Mínimo | Valor Máximo |
| Normalidad     | 26,85                    | 16,57     | 0            | 102          |
| Caso Probable  | 42,83                    | 19,71     | 7            | 99           |
| Caso Depresión | 52,43                    | 26,93     | 13           | 104          |

$F = 0,000; p < 0.001$

En la Tabla 8 se examina la relación entre depresión y pensamientos automáticos, en donde se muestra que existe una relación estadísticamente altamente significativa entre depresión y pensamientos automáticos. Se observa que a más pensamientos automáticos se reporta un mayor nivel de depresión, confirmando que los pensamientos automáticos moderan a la depresión.

## Discusión

Los resultados evidencian que las estudiantes mujeres presentan un incremento en los porcentajes de ansiedad, mientras que los estudiantes varones presentan un incremento en los porcentajes de depresión y pensamientos automáticos. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas, por lo tanto la hipótesis planteada se rechaza.

Si bien los resultados difieren con numerosos estudios realizados anteriormente, concuerdan con el estudio de Flores et al. (2007), donde se observa que los niveles de ansiedad y depresión entre estudiantes varones y mujeres no presentan diferencia estadísticamente significativa, pero en su estudio se observa que las mujeres tienen medias superiores a los varones, a comparación de este estudio que las estudiantes mujeres tienen el porcentaje mayor en ansiedad y los hombres tienen el porcentaje mayor en depresión. Asimismo, en el estudio de Hollon y Kendall (1980) se observó que la media de pensamientos automáticos entre hombres y mujeres no diferían significativamente, al igual que en este estudio.

La comparación entre los dos grupos de edad demuestra que no existe diferencia entre los estudiantes menores a 20 años y los estudiantes mayores de 21 años. Como se muestra en el estudio de Pérez et al. (2012) la edad no está relacionada a la sintomatología ansiosa o depresiva.

Asimismo, se observa que en anteriores estudios se descubrió que los estudiantes de medicina reportaban mayores niveles de ansiedad y depresión que en las demás carreras profesionales (Cabrera et al., 2009; Henry et al., 1989). A su vez en el estudio de Balanza et al. (2009) las estudiantes mujeres de ciencias jurídicas y empresariales



presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión. De esta forma se puede precisar que las condiciones afectivas, como la ansiedad y la depresión, están presentes en los estudiantes de nuestro medio sin diferenciar entre las áreas de estudios, rechazando la segunda hipótesis secundaria de este estudio.

Por tanto, las personas, sin importar su sexo, edad y área de estudios, presentan pensamientos dogmáticos y exigentes que los llevan a crear sus estados emocionales disfuncionales, lo cual hace que los pensamientos automáticos, en combinación con las creencias y filosofías de vida disfuncionales, hagan que los estudiantes presenten síntomas de ansiedad o depresión (Lega et al., 1997).

Los resultados muestran que el sexo, edad y área de estudios aparentemente no tienen una relación directa con los síntomas de ansiedad y depresión como fue observado en anteriores estudios (Balanza et al., 2009; Cabrera et al., 2009; Henry et al., 1989; McLean et al., 2011; Nabeshima, 2013; Parker y Brotchie, 2010). No obstante en los resultados de este estudio se puede observar una alta significancia en la correlación entre los pensamientos automáticos y la ansiedad y una muy alta significancia en la correlación entre los pensamientos automáticos y la depresión, demostrando que los pensamientos automáticos tienen un rol importante en la etiología y mantenimiento de la sintomatología ansiosa o depresiva (Beck et al., 1979; Beck, 2000; Clark y Beck, 2010; Lega et al., 1997).

Esta correlación entre los pensamientos automáticos, el nivel de ansiedad y depresión, demuestra la segunda hipótesis secundaria de este estudio, confirmando que si existe una correlación entre los pensamientos automáticos y el nivel de ansiedad y depresión, respectivamente. Esta correlación posiblemente se deba a que las personas en su mayoría mantienen creencias exageradas muy arraigadas, lo cual hace que los

pensamientos automáticos mantengan contenidos exagerados e irracionales que activen y mantengan los síntomas de ansiedad o depresión (Lega et al. 1997).

Este hallazgo tiene una importancia teórica, puesto que se confirma las teorías de Ellis (Lega et al., 1997) y de Beck (Beck et al., 1979; Beck, 2000) que postulan que los pensamientos tienen una influencia directa en la psicopatología de las personas. Sabiendo que los pensamientos automáticos son creados a partir de creencias centrales disfuncionales que son desarrolladas en la niñez y consolidadas en la adolescencia y juventud (Beck et al., 1979; Beck, 2000; Lega et al. 1997).

Para Barlow y Durand (2012) la psicopatología no es causada por un solo factor, sino que está relacionada a múltiples aspectos, sin embargo, los resultados de este estudio muestran que los pensamientos automáticos juegan un rol importante en el inicio y mantenimiento de la psicopatología (Beck et al., 1979; Beck, 2000; Clark y Beck, 2010; Lega et al., 1997).

Helgeson, en el 2012, menciona que en ciertas poblaciones es menos probable encontrar diferencias en la patología afectiva, que en otras. Por ejemplo en poblaciones homogéneas, como son los estudiantes universitarios, es probable que no se encuentren diferencias significativas. Así mismo, menciona que los hombres y las mujeres no presentan diferencias significativas hasta antes de los 13 años y es en la adolescencia cuando aparecen las diferencias en los síntomas de ansiedad y depresión.

Cabe mencionar, como Helgeson en el 2012, que los hombres y las mujeres tienen probabilidades de reportar ansiedad y depresión, en distintos porcentajes, pero que si hombres y mujeres presentan un episodio de ansiedad y/o depresión, tienen las mismas probabilidades de presentar recurrencia.

Este estudio tiene una implicancia teórica relevante para el medio, porque demuestra que no hay diferencias en la ansiedad y la depresión entre los estudiantes varones y mujeres. Asimismo, los resultados de esta investigación demuestran que el área de estudios, parece no tener una relación significativa, a comparación de los factores internos de cada individuo. Pero es probable que también los estudiantes en época de exámenes incrementen sus niveles de ansiedad y depresión y es allí en donde se podría indagar las diferencias de estas condiciones afectivas dependiendo del área de estudios.

En este estudio se observa que entre el aspecto biológico, el ambiental y el cognitivo, el más relacionado en la ansiedad y la depresión es el cognitivo. Comprobando que las personas no sufren de ansiedad o depresión debido a si son hombres o mujeres o a las situaciones que viven, sino a lo que piensan de las situaciones que viven. A su vez los hallazgos del estudio respecto a los pensamientos automáticos corroboran el rol que juegan las cogniciones en los procesos afectivos. Dado que no tenemos evidencia empírica de estudios en terapia racional emotivo-conductual y terapia cognitivo conductual, este hallazgo queda como un aporte teórico corroborando las teorías de Ellis y de Beck en una muestra de estudiantes arequipeños de la UCSM.

Este estudio proporciona la evidencia de que la ansiedad y la depresión están mediadas por los pensamientos que cada individuo pueda tener frente a las situaciones que viva, sin importar el sexo o el área de estudios en la que se desenvuelva. Basta decir que los resultados de este estudio pueden ser ampliados para poder determinar si existen más factores que estén relacionados en la etiología y mantenimiento de la ansiedad y de la depresión en los estudiantes universitarios y cuales están más relacionados con estas condiciones afectivas.

## Conclusiones

- PRIMERA** No hay diferencias significativas en los niveles de ansiedad, depresión y pensamientos automáticos, entre estudiantes hombres y mujeres del segundo años de la UCSM.
- SEGUNDA** Los estudiantes de las distintas áreas de estudios de la UCSM reportan niveles de ansiedad, depresión y pensamientos automáticos similares entre sí.
- TERCERA** Los estudiantes de la UCSM que presentaron mayores puntajes en pensamientos automáticos presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión, lo que demuestra que los pensamientos juegan un rol importante en la ansiedad y la depresión.
- CUARTA** No hay diferencias significativas entre los niveles de ansiedad, depresión y pensamientos automáticos entre los estudiantes de la UCSM con edades de 17 a 20 años y de 21 a 23 años.

### **Sugerencias**

**PRIMERA** Se sugiere mayor investigación sobre diferencias y similitudes en la psicopatología entre los estudiantes universitarios de nuestro medio.

**SEGUNDA** Se sugiere mayor interés por parte de los investigadores en descubrir los aspectos relacionados a la psicopatología entre sexos.

**TERCERA** Se sugiere mantener una base de datos sobre salud mental de los ingresantes para manejar datos actuales y poder intervenir en los casos problemáticos.

**CUARTA** Se propone crear una línea de investigación sobre las diferencias entre sexos respecto a los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales.



### **Limitaciones**

**PRIMERA** Los estudios con muestras por conveniencia son limitadas por no tener un aspecto probabilístico y tener una representatividad dudosa, por lo que la capacidad de generalización es pobre.

**SEGUNDA** No existen investigaciones en nuestro medio sobre los pensamientos automáticos y su relación con la psicopatología, por lo que existe poca información sobre el tema en nuestro país.

**TERCERA** Los estudios descriptivos y correlacionales se limitan a examinar lo que sucede en un momento específico, sin examinar otros posibles aspectos relacionados.

**CUARTA** No se han evidenciado estudios sobre diferencias entre estudiantes de ingenierías y estudiantes de otras áreas de estudio, por lo que existe poca información en nuestro medio.

## Referencias

- American College Health Association-National College Health Assessment II (2013). *Canadian consortium reference group executive summary spring 2013*. Hanover, MD: American College Health Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: Author.
- Balanza, S., Morales, I. y Guerrero J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: Factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20, 177-187.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, second edition*. New York, NY: The Guildford Press.
- Barlow, D. y Durand, M. (2012). *Abnormal psychology: An integrative approach, sixth edition*. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: Procesos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. y Neckelmann, D. (2002). The validity of the hospital and anxiety scale: An update literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Cabrera, A., Sánchez, A. y Bravo, G. (2009). Salud mental en estudiantes de medicina integral comunitaria en Venezuela. *Medisan*, 13, Recuperado el 25/09/2013 de [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_4\\_09/san03409.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_4_09/san03409.htm)
- Clark, D. y Beck, A. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York, NY: The Guildford Press.

- Chambless, D. L. y Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Crooks, R. y Baur, K. (2010). *Nuestra sexualidad, décima edición*. México, DF: Cengage Learning Latin America
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L. y Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 20, 147-172.
- De las Cuevas, C., García-Estrada, A. y González de la Rivera, J. (1995). “Hospital anxiety and depression scale” y psicopatología afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11, 126-130.
- DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Hollon, S. D., Garvey, M. J., Grove, W. M. y Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 862-869.
- Dobson, K. S., Hollon S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J. Rizvi, S. L., Gollan, J. K., Dunner, D. L. y Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477.
- Dobson, K. S. (2012). *Cognitive therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Flores, R., Jiménez, S., Pérez, S., Ramírez, P. y Vega, C. (2007). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10, 94-105.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

- Gutiérrez, J. y Portillo, C. (2013). La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 16, 533-557.
- Helgeson, V. S. (2012). *The psychology of gender, fourth edition*. Boston, MA: Pearson.
- Henry, M., De las Cuevas, C., Rodríguez, F., García-Estrada, A. y González de Rivera, J. (1989). Estudio psicopatológico comparativo en estudiantes universitarios. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 17, 373-376.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista P. (2010). *Metodología de la investigación*. México, DF: Mc Graw-Hill
- Hollon, S. D. y Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Hollon S. D., Kendall, P. C. y Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 52-59.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B. y Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2003). Estudio epidemiológico en salud mental en los andes peruanos: Reporte general. *Anales de Salud Mental*, 19, 61-102.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI España Editores.
- Martínez, P., Durá, E., Andreu, Y., Galdón, M., Murgi, S. e Ibáñez, E. (2012). Structural validity and distress screening potential of the hospital anxiety and depression scale

- in cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 435-447.
- Matud, M. P., Díaz, F., Aguilera, L., Rodríguez, M. V. y Matud, M. J. (2003). Diferencias de género en ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3, 5-15.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., y Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45, 1027-1035
- Nabeshima, T. (2013). Involvement of genetic and environmental factors in the onset of depression. *Experimental Neurobiology*, 22, 235-243.
- Parker, G., y Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22, 429-436
- Pérez, C., Bonnefoy, C., Cabrera, A., Peine, S., Macaya, K., Baqueano, M. y Jiménez, J. (2012). Problemas de salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción, Chile. *Anales de Psicología*, 28, 797-804.
- Persons, J. B., Davidson, J. y Tompkins, M. A. (2000). *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression*. Wshington, DC: American Psychological Association.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10, 91-102.
- Rosenfield, S., y Mouzon, D. (2013). Gender and mental health. In C. Aneshensel, J. Phelan y A. Bierman (Eds.) *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 277-296). Netherlands: Springer Science.
- Salkind, N. (1999). *Métodos de investigación*, 3ª edición. México: Prentice Hall.
- Snaith, R. y Taylor, C. (1985). Rating scales for depression and anxiety: A current



perspective. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 19, 17-20.

Sue, D., Sue, D.W. y Sue, S. (2010). *Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal*. México, DF: Cengage Learning.

Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R., Vásquez, A., Contreras, F., Tobon, S. y Sandin, B. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica*, 23, 65-74.

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.







# Anexos

## Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

SEXO: F M EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

*Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la(s) semana(s) pasada(s). No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.*

### 1. Me siento tenso o nervioso.

☐ Todos los días ☐ Muchas veces ☐ A veces ☐ Nunca

### 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

☐ Como siempre ☐ No lo bastante ☐ Sólo un poco ☐ Nada

### 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

☐ Definitivamente y es muy fuerte ☐ Sí, pero no es muy fuerte ☐ Un poco, pero no me preocupa ☐ Nada

### 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

☐ Al igual que siempre lo hice ☐ No tanto ahora ☐ Casi nunca ☐ Nunca

### 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

☐ La mayoría de las veces ☐ Con bastante frecuencia ☐ A veces, aunque no muy a menudo ☐ Sólo en ocasiones

### 6. Me siento alegre.

☐ Nunca ☐ No muy a menudo ☐ A veces ☐ Casi siempre

### 7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.

☐ Siempre ☐ Por lo general ☐ No muy a menudo ☐ Nunca

### 8. Me siento como si cada día estuviera más lento.

☐ Por lo general, en todo momento ☐ Muy a menudo ☐ A veces ☐ Nunca

### 9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.

☐ Nunca ☐ En ciertas ocasiones ☐ Con bastante frecuencia ☐ Muy a menudo

### 10. He perdido interés en mi aspecto personal.

☐ Totalmente ☐ No me preocupo tanto como debiera ☐ Podría tener un poco más de cuidado ☐ Me preocupo al igual que siempre

### 11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.

☐ Mucho ☐ Bastante ☐ No mucho ☐ Nada

### 12. Me siento optimista respecto al futuro.

☐ Igual que siempre ☐ Menos de lo que acostumbraba ☐ Mucho menos de lo que acostumbraba ☐ Nada

### 13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

☐ Muy frecuentemente ☐ Bastante a menudo ☐ No muy a menudo ☐ Rara vez

### 14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

☐ A menudo ☐ A veces ☐ No muy a menudo ☐ Rara vez

## Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30)

**Programa Profesional:** \_\_ Psicología \_\_ Comunicación Social \_\_ Medicina Humana \_\_ Enfermería

\_\_ Derecho \_\_ Ingeniería Comercial \_\_ Ingeniería de Sistemas \_\_ Ingeniería Civil

*A continuación le presentamos una serie de pensamientos que a veces aparecen en la mente de las personas. Por favor lea cada pensamiento e indique con qué frecuencia se le ocurrió durante la(s) semana(s) pasada(s). Lea cada ítem cuidadosamente y marque de la siguiente manera:*

0: nunca se produce

1: se produce a veces

2: se produce moderadamente

3: se produce a menudo

4: se produce todo el tiempo

|                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Me siento como si el mundo estuviese contra mí |   |   |   |   |   |
| 2. No soy bueno                                   |   |   |   |   |   |
| 3. ¡Por qué nunca tengo éxito!                    |   |   |   |   |   |
| 4. Nadie me entiende                              |   |   |   |   |   |
| 5. He decepcionado a la gente                     |   |   |   |   |   |
| 6. Siento que no puedo seguir adelante            |   |   |   |   |   |
| 7. Ojalá fuese una persona mejor                  |   |   |   |   |   |
| 8. Soy débil                                      |   |   |   |   |   |
| 9. Mi vida no va de la forma que quisiera         |   |   |   |   |   |
| 10. Estoy decepcionado de mí mismo                |   |   |   |   |   |
| 11. Nada me hace sentir bien                      |   |   |   |   |   |
| 12. Esto no lo puedo soportar más                 |   |   |   |   |   |
| 13. No puedo empezar nada                         |   |   |   |   |   |
| 14. ¡Qué me sucede!                               |   |   |   |   |   |
| 15. Me gustaría estar en otro lugar               |   |   |   |   |   |
| 16. ¡No puedo lograr organizarme!                 |   |   |   |   |   |
| 17. Me odio a mí mismo                            |   |   |   |   |   |
| 18. No valgo nada                                 |   |   |   |   |   |
| 19. Ojalá pudiera desaparecer                     |   |   |   |   |   |
| 20. ¡Que es lo que me pasa!                       |   |   |   |   |   |
| 21. Soy un perdedor                               |   |   |   |   |   |
| 22. Mi vida es un desastre                        |   |   |   |   |   |
| 23. Soy un fracaso                                |   |   |   |   |   |
| 24. Nunca lo lograré                              |   |   |   |   |   |
| 25. Nada ni nadie me puede ayudar                 |   |   |   |   |   |
| 26. Algo tiene que cambiar                        |   |   |   |   |   |
| 27. Hay algo malo en mí                           |   |   |   |   |   |
| 28. Mi futuro es sombrío                          |   |   |   |   |   |
| 29. Sencillamente, no vale la pena                |   |   |   |   |   |
| 30. No puedo terminar nada                        |   |   |   |   |   |

***¡Gracias por su participación!***

Arequipa, 01 de Abril de 2014

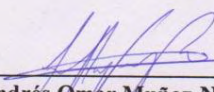
Dra. Susan C. Roberts Andrews,

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su colaboración como experto en la revisión de la validación de contenido y constructo de la traducción del Cuestionario de Pensamientos Automáticos versión de 30 ítems (Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ-30), que será utilizado para la recolección de datos en el proyecto de tesis titulado: "Ansiedad, Depresión y Pensamientos Automáticos en Estudiantes Universitarios". El mismo está constituido con los ítems relacionados a los aspectos que se desean investigar.

Es por ello que le agradezco revisar la traducción del ATQ-30 con el fin de revisar la síntesis y la semántica de los ítems para poder tener la validez de contenido y de constructo requerida para los fines de este trabajo de investigación.

Gracias por su colaboración.

Atentamente,

---

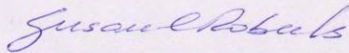
**Andrés Omar Muñoz-Nájar Pacheco**  
Bachiller en Psicología



### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe, Susan C. Roberts Andrews, Ph.D., mediante la presente hago constar que la traducción del Cuestionario de Pensamientos Automáticos versión 30 ítems (ATQ-30) utilizada para la fase de recolección de datos para el proyecto de tesis titulado: "Ansiedad, Depresión y Pensamientos Automáticos en Estudiantes Universitarios", realizado por el Bachiller en Psicología Andrés Omar Muñoz-Nájar Pacheco, aspirante al Título Profesional de Licenciado en Psicología, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerado válido en nuestro medio, y por tanto, apto para ser aplicado en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Atentamente,



---

**Susan Carol Roberts Andrews, Ph.D.**  
Certificado Avanzada en TREC y TCC  
Por el Instituto Albert Ellis  
De Nueva York